

FICHE DE LIAISON CGH-array et NGS-DI

(à joindre OBLIGATOIREMENT aux échantillons)

COORDONNEES DE L'ORGANISME DEMANDEUR

Demandeur _____
 Adresse _____
 CP _____ Ville _____
 Téléphone _____ Télécopie _____
 E mail _____

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom _____
 Nom d'épouse _____
 Prénom _____
 Né(e) le _____ Sexe F M
 Adresse _____
 CP _____ Ville _____
 Téléphone _____

SERVICE CLINIQUE

- Nom du médecin prescripteur : _____
 Adresse _____
 CP _____ Ville _____
 Téléphone _____
 Votre référence _____
 Service/Unité _____

PRELEVEMENT(S)

Type de prélèvement : Sang
 ADN
 Autre (Précisez :)
 Conditionnement : EDTA Héparine
 Congelé

Date de prélèvement : _____
 Date d'envoi au laboratoire : _____

EXAMEN(S) DEMANDE(S)

- Analyse pangénomique par CGH-array 60K (Puce à ADN)
 Q PCR (étude familiale), préciser l'anomalie :
 NGS Déficiences Intellectuelles (remplir la feuille de renseignement spécifique)

Joindre obligatoirement une copie du consentement éclairé pour étude génétique

(sans consentement éclairé reçu, le résultat génétique ne peut être rendu)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Déficience intellectuelle ou trouble des apprentissages dans un cadre syndromique
 Malformations, préciser :
 Hypotonie
 Déficience intellectuelle ou trouble des apprentissages isolé
 TED, autisme, troubles du comportement
 Caractérisation d'une anomalie découverte au caryotype ou par une autre technique :

 Foetopathologie, préciser le sexe fœtal :
 Autres :

Afin de permettre l'interprétation de l'analyse, merci de nous communiquer l'ensemble
des données cliniques, et si possible de nous adresser un courrier

INFORMATIONS POUR LE RTE

Stocker le bon + les tubes dans le réfrigérateur des analyses extérieures

Pour tout renseignement : Dr E BOUDRY : poste 45616

Plateau Pucés à ADN : poste 36618

elise.labis@chru-lille.fr

plateaupucésADN@chru-lille.fr